

FACHTAGUNG
AM 8. SEPTEMBER 2014
IN BERLIN



Ambulant vor stationär!

**Können wir von den Besten
lernen?**



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

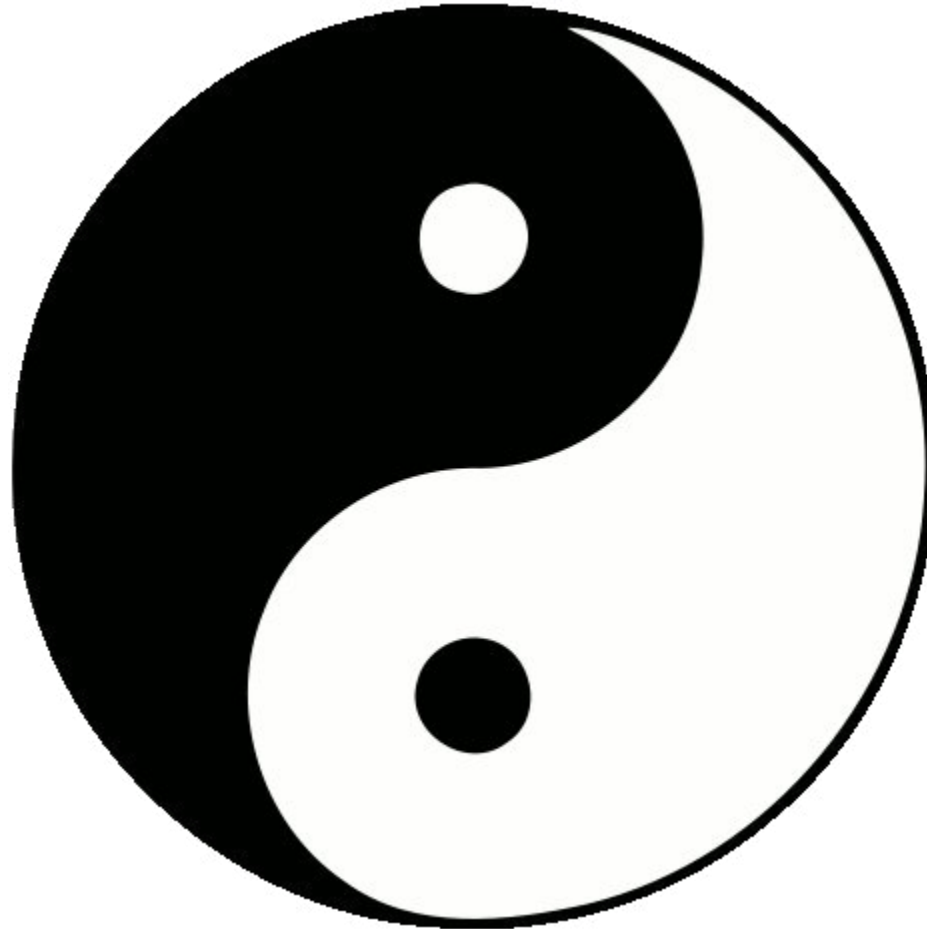
Fachtagung am 8. September 2014 in Berlin

Ambulant vor stationär! Können wir von den Besten lernen?

Dipl.-Med. Regina Feldmann

Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Mitglied des Vorstands des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)





FACHTAGUNG
AM 8. SEPTEMBER 2014
IN BERLIN



Ambulant vor stationär!

Können wir von den Besten lernen?

Fachtagung
Ambulant vor stationär! Können wir von den Besten lernen?
8. September 2014, Berlin

Eröffnungsrede Frau Feldmann

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre zahlreiche Anwesenheit belegt, dass wir für die heutige Fachtagung ein Thema von großem Interesse gewählt haben. Ich bin sicher, wir werden Sie nicht enttäuschen.

Die Einladung zu dieser Fachtagung enthält ein bildliches Zitat, eine Anleihe an die chinesische Philosophie. Lassen Sie mich einführend kurz darauf eingehen:

(Folie mit schwarz-weißer Yin und Yang-Grafik) Yin und Yang, das sind Gegensätze, die gemeinsam eine Gesamtheit bilden. Yin und Yang können nicht gleichzeitig ansteigen oder absinken. Wenn Yang sich vergrößert, verringert sich Yin und umgekehrt. Die Ihnen allen bekannte grafische Umsetzung des Gegensatzpaars steht daher oft auch für den ewigen Wandel, die stetige Veränderung.

(Folie mit Yin und Yang-Grafik von der Einladung) Auch in der Medizin stehen wir mitten in einer großen Bewegung. Im 19. Jahrhundert war die Medizin vorwiegend am Krankenhaus angesiedelt. Die Medizin der Zukunft hingegen ist die ambulante Medizin. Das Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung befindet sich in einem konstanten Wandel. Der medizinische Fortschritt ermöglicht eine stetige Zunahme an ambulant durchführbaren Behandlungsmaßnahmen; Indikationen, die noch vor wenigen Jahren ausschließlich stationär behandelt wurden, finden sich heute nahezu komplett in der ambulanten Versorgung. Mit modernen Operationsmethoden können Patienten in Altersgruppen, die vor Jahren stationär operiert worden wären, heute ambulant operiert werden. In einigen Disziplinen finden Ärzte in Weiterbildung heute im Krankenhaus kaum noch die notwendigen Patientenzahlen, um ihre Weiterbildungsanforderungen zu erfüllen.

Warum das Thema außerdem für uns alle so wichtig ist, geht nicht zuletzt aus dem Jahresgutachten 2012 des Sachverständigenrats Gesundheit hervor. Der Rat sieht in einer stärkeren Ausschöpfung des ambulanten Versorgungspotentials eine Möglichkeit, den durch den demographischen Wandel bedingten Ausgabenanstieg abzumildern. Er rät dazu, das ambulante Potenzial gezielt und stärker

auszuschöpfen als dies in der Vergangenheit der Fall war und sieht sich in dieser Empfehlung insbesondere durch den internationalen Vergleich bestärkt. Dieser zeigt uns, dass Deutschland in dieser Hinsicht keineswegs an der Spitze der Bewegung steht. Ich freue mich deshalb, dass der Rat durch Herrn Prof. Greiner heute vertreten ist. Er wird der Frage nachgehen, durch welche Maßnahmen des Wettbewerbs an der Sektorengrenze zwischen Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung eine bessere Ausschöpfung des ambulanten Potenzials möglich wird.

Dies ist eine facettenreiche, gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten erfordert. Diese Zusammenarbeit beginnt letztlich schon bei der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Es liegt noch viel Arbeit vor uns, die Weiterbildungsanforderungen so weiter zu entwickeln, dass sie nicht nur der bisherigen Entwicklung Rechnung tragen sondern darüber hinaus das ambulante Potenzial der Medizin insgesamt fördern.

Ausgesprochen gute Fortschritte hat die Versorgungsforschung in der jüngsten Vergangenheit gemacht. Konnte in den letzten Jahren oft nur vermutet werden, dass durch eine intensivere ambulante Versorgung unnötige und für Patienten belastende Krankenhausaufenthalte vermieden werden, so können wir heute sagen: Wir wissen das! Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien, die einen inversen Zusammenhang zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung für Deutschland belegen. Frau Prof. Sundmacher und Herr Dr. von Stillfried werden hierzu im Verlauf dieser Tagung berichten.

Es ist mir ein persönliches Anliegen zu betonen, dass eine stärkere Ambulantisierung der Medizin alle Ärzte, unabhängig von der jeweiligen Fachgruppe, betrifft. Natürlich fallen einem zuerst die ambulant durchführbaren Operationen ein. Da haben wir noch immer ein großes ambulantes Potential, das vorrangig durch die operativen Fachrichtungen erschlossen werden kann – Herr Dr. von Stillfried wird darauf noch eingehen. Es gibt jedoch mittlerweile auch zahlreiche – nicht nur am Zi erstellte – Studien, die zeigen, dass dort, wo wir eine gute und intensive hausärztliche Versorgung vorfinden, verhältnismäßig wenig stationäre Einweisungen, bspw. wegen Diabetes, notwendig sind.

Aus einer Befragung von Hausärzten, die kürzlich vom Lehrstuhl von Prof. Szecsenyi durchgeführt wurde, geht hervor, dass Hausärzte insbesondere durch eine gute Zusammenarbeit mit dem fachärztlichen Versorgungsbereich aber auch mit den Pflegediensten die Möglichkeit sehen, stationäre Einweisungen nachhaltig zu verringern.

Am Beispiel Herzinsuffizienz zeigt eine Evaluationsstudie eines Versorgungsprogramms mehrerer Betriebskrankenkassen, dass eine gute und enge Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und

Kardiologen – unterstützt durch begleitende Maßnahmen wie leitliniengerechte Medikationspläne – die Einweisungen wegen Herzinsuffizienz deutlich reduzieren kann. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie des Instituts für Versicherungsbetriebslehre in Hannover auf Basis von Daten der Technikerkrankenkasse, die im Rahmen des Förderprogramms Versorgungsforschung des Zi finanziell gefördert wurde.

Im Rahmen dieses Förderprogramms unterstützt das Zi auch ein Forschungsvorhaben von Frau Prof. Sundmacher an der Ludwig-Maximilians-Universität München zur Entwicklung eines deutschen Katalogs ambulant sensibler Konditionen. Mit der Frage, ob und wie der Zusammenhang zwischen der Leistungsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung und der Häufigkeit der stationären Aufnahmen bei diesen ambulant sensiblen Konditionen ausfällt, hat Frau Prof. Sundmacher sich auch zuvor schon im Rahmen ihrer Stiftungsprofessur an der TU München beschäftigt.

Um die Pointe vorweg zu nehmen: Die nunmehr vorliegenden Studien belegen das Prinzip der Substitutionsbeziehung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Wir haben es also mit einem dem Sinnbild von Yin und Yang entsprechenden Gegensatzpaar zu tun. Analysiert man nun die regionalen Unterschiede in der Arbeitsteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung in Deutschland, lassen sich durchaus Regionen erkennen, die anderen Regionen hinsichtlich der Ausschöpfung des ambulanten Potenzials ein Vorbild sein können.

Wie Sie sehen werden, handelt es sich dabei aber nicht um strukturschwache Krankenhausstandorte. Die von Professor Busse kürzlich an prominenter Stelle hier in Berlin aufgestellte Forderung, der stationäre Versorgungsbereich könne und müsse in Deutschland deutlich „downsizen“, darf also nicht sofort mit dem Schreckgespenst „Lambarene“ gleichgesetzt werden. Im Gegenteil, einige der technologisch zweifellos an der Spitze stehenden Krankenhausregionen finden sich unter unseren Vorbildregionen für eine hohe Ausschöpfung des ambulanten Versorgungspotenzials.

Dennoch stellen sich für die Krankenkassen in den jährlichen Budgetverhandlungen enorme Hürden, die Fortschritte bei der Ausschöpfung des ambulanten Potenzials auch in Euro und Cent sichtbar zu machen. Dies wiederum erklärt den Widerstand der Krankenkassen, im Rahmen der Honorarverhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen von dem in § 87a SGB V genannten Kriterium Gebrauch zu machen und Verlagerungen aus der stationären Versorgung in die vertragsärztliche Versorgung bei der Vereinbarung der Leistungsmenge anzuerkennen. Wie die Leistungsverlagerungen gemessen werden sollen, war bereits Gegenstand einer komplexen methodischen Diskussion im Bewertungsausschuss.

Als Vorstandsmitglied des Zentralinstituts möchte ich daher ganz besonders Herrn Dr. Schlenker, Mitglied des Vorstands der Barmer-GEK, für seinen Mut und seine Voraussicht danken, in Kooperation mit dem Zi eine Studie gefördert zu haben, die Licht in das Dunkel bringen soll, wie die Substitutionsbeziehung zwischen den Versorgungsbereichen auch für die Zwecke der Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern gemessen und abgebildet werden können.

Erst wenn an dieser Sektorengrenze das Geld der Leistung folgen kann, wird das ambulante Potenzial der Versorgung in Deutschland gezielt im Sinne der Empfehlung des Sachverständigenrats ausgebaut werden können.

Deshalb darf ich last but not least auch der wissenschaftlichen Beratungsgesellschaft AGENON danken, die im Rahmen des von Barmer-GEK und Zi geförderten Gutachtens hierfür einen ersten Vorschlag entwickelt hat. Herr Bohm, Geschäftsführer von AGENON, wird Ihnen den Ansatz im Detail vorstellen.

Es gibt eine Vielzahl von Gründen, weshalb die Träger des Zi, die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV, den in diesem Gutachten entwickelten Ansatz begrüßen und unterstützen. Als Vorstandsmitglied der KBV will ich Ihnen drei wichtige Gründe schon einmal verraten:

- Erstens: Der im Sozialgesetzbuch normierte Grundsatz ambulant vor stationär muss gangbar gemacht werden. Es kann nicht sein, dass dies an mangelnder methodischer Kompetenz scheitert, plausible Bedarfskriterien in die Budgetverhandlungen einzelner Krankenhäuser einzubringen.
- Zweitens: Der entwickelte Ansatz stellt die Bedürfnisse der Patienten ganz klar in den Mittelpunkt. AGENON hat diesen Grundsatz sehr konsequent umgesetzt. Die Behandlungsnotwendigkeiten werden stringent aus der Risikostruktur der vor Ort zu versorgenden Patienten abgeleitet.
- Drittens: Der Ansatz setzt konsequent auf Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung vor Ort. Die Vertragspartner vor Ort wissen in der Regel am besten, wie und in welchem Umfang das Ziel einer Maximierung des ambulanten Potenzials erreicht werden kann. Das Prinzip der Subsidiarität sehe ich darin bestätigt, da zum Beispiel auch deutlich gemacht wird, welche Informationsgrundlagen die Verantwortlichen vor Ort von der Bundesebene benötigen, um sachgerechte Entscheidungen treffen zu können.

- Viertens: Aus dem Gutachten lässt sich ableiten, durch welche kleineren Anpassungen der Rechtsgrundlagen für die Krankenhausbudgetverhandlungen die notwendigen Voraussetzungen für die Umsetzung geschaffen werden können.

Sie dürfen sich in jedem Fall auf spannende Vorträge und Diskussionen einstellen. Letzteres wird die Besetzung des Podiums nach der Mittagspause und die Moderation von Professor Busse gewährleisten. Beginnen wir aber zunächst mit dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Damit übergebe ich an den Moderator des heutigen Tages, Herrn Prof. Reinhard Busse. Er ist Arzt, Epidemiologe und einer der führenden Gesundheitssystemforscher Deutschlands. Er ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin und Fakultätsmitglied der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Durch seine Tätigkeit am European Observatory on Health Systems kennt er nicht nur das deutsche sondern insbesondere auch die europäischen Gesundheitssysteme sehr gut. Mit diesem breiten Erfahrungsschatz ist er ein idealer Moderator für die heutige Veranstaltung.